Aus der Königl. Universitäts-Frauenklinik zu Marburg.
(Professor Dr. Zangemeister.)

Beitrag zur Kasuistik der Uterusbauchdeckenfisteln.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

der

Hohen medizinischen Fakultät der Universität Marburg

vorgelegt von

Otto Dörr,
approb. Arzt aus Frankfurt a. M.

ACAD. MED. BAT. BIBL.

MARBURG
Buchdruckerei von Joh. Hamel
1914.

Angenommen von der medizinischen Fakultät Marburg
26. Januar 1914.

Gedruckt mit Genehmigung der Fakultät.

Referent: Herr Professor Dr. Zangemeister.

Meiner lieben Mutter!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41556025_0002

Die Fälle von Uterusbauchdeckenfistel sind seit der verbesserten Technik der operativen Gynäkologie und Chirurgie mehr und mehr zu Seltenheiten geworden, ihre Zahl war am größten in den 80er und 90er Jahren. Kolb-Heidelberg hat in seiner grundlegenden Arbeit über Uterusbauchdeckenfisteln fast sämtliche bekannten Fälle gesammelt und zusammengestellt. Die große Mehrzahl — 14 — der von ihm gesammelten 19 Fälle sind entstanden im Anschluß an Sectio caesarea, die anderen 5 alle nach supravaginaler Amputation des Uterus bezw. Ventrofixation. Alle diese Fälle hatten für eine Heilung sehr schlechte Bedingungen, und es dauerte manchmal jahrelang, bis die Patientinnen wieder voll arbeitsfähig waren.

Ich bin in der Lage einen vor etwa einem Jahre in der hiesigen Universitäts-Frauenklinik zur Beobachtung gekommenen Fall von Uterusbauchdeckenfistel beschreiben zu können.

Es handelte sich um Fräulein Auguste H., Haustochter aus H., 24 Jahre alt. Eine hereditär-familiäre Belastung der Patientin mit Tuberkulose ist nicht mit Sicherheit nachweisbar, die Eltern und ferneren Angehörigen sind gesund, ein Bruder starb im Alter von 7 Jahren an Lungen- und Brustfellentzündung.

Am 18. XI. 12 kam Patientin in die hiesige Klinik wegen einer von einer früheren Operation zu-

rückgebliebenen Fistel und machte folgende anamnestische Angaben:

Bisher war Patientin stets im wesentlichen gesund, auch nicht an Kinderkrankheiten will sie früher erkrankt gewesen sein. Partus oder Aborte hat sie nie durchgemacht. Die Menses traten zuerst mit 17 Jahren auf, waren früher stets unregelmäßig, seit etwa einem halben Jahre jedoch regelmäßig, alle 4 Wochen 4—5 Tage anhaltend mit Schmerzen im Kreuz und Unterleib von wechselnder Stärke. Sonstige intermenstruelle Blutungen hat Patientin nie gehabt, dagegen leidet sie seit 5—6 Jahren an einem Fluor albus mäßigen Grades.

Blase und Darm sind intakt.

Ueber die Entstehung des jetzigen Leidens macht Patientin folgende Angaben: Vor anderthalb Jahren erkrankte Patientin plötzlich an heftigen Leibschmerzen, die mit Erbrechen einhergingen. Der hinzugezogene Arzt erklärte eine sofortige Operation für notwendig. Patientin kam in die Klinik von Herrn Dr. G. in H., der sofort den Leibschnitt machte und angeblich eine Geschwulst aus dem Leibe entfernte. Die Bauchwunde ist nie richtig geheilt gewesen, es entleerte sich dauernd Flüssigkeit aus der Wunde. Nach 6—7wöchigem Krankenlager verließ Patientin bis auf die bestehende Fistel geheilt die Klinik. Wesentliche Beschwerden hat Patientin in den seit der Operation verflossenen anderthalb Jahren nicht gehabt von Seiten der Fistel. Es entleert sich nur ständig aus der Fistel eine hellgelbe Flüssigkeit in geringer Menge, die in der Wäsche keine Spuren hinterläßt.

Die auftretende Menstruation zeigt sich zuerst durch Blutabgang durch die abdominale Fistelöffnung.

Das Allgemeinbefinden der Patientin ist durch die Fistel nicht wesentlich beeinträchtigt.

Vor einem halben Jahre sind mehrfach Aetzungen vorgenommen worden, die jedoch ohne Erfolg blieben. Sonst war Patientin nicht mehr in ärztlicher Behandlung.

Soweit die Angaben der Patientin.

Objektiv bietet Patientin ein hinreichend gesundes Aussehen und eine mittelkräftige Ernährung.

Größe 1,54 m.

Gewicht leicht bekleidet 58,5 kg.

Reflexe ohne Besonderheiten. Lungen und Herz gesund.

Abdomen: gut gespannt, ohne Druckempfindlichkeit, keine Resistenz fühlbar, nirgends Schallabschwächungen nachweisbar. Ueber der Symphyse eine 11 cm lange bogenförmig verlaufende quergestellte Narbe (Pfannenstiel'scher Querschnitt), von der Symphyse 1—2 Querfinger entfernt. In der Mitte der Narbe eine kleine für die Sonde eben durchgängige bläulich-rot umränderte Fistel, in die man die Sonde 6 cm tief (etwas nach vorn zu) einführen kann. Auf ihrem tiefsten Punkt angelangt, ruft die Sonde einige Schmerzäußerungen hervor. Die Sekretion der Fistel ist anscheinend gering, da die Umgebung der Oeffnung nur einige kleine Borken trägt.

Der Urin ist klar ohne Eiweiß und Zucker.

Die Brüste sind mittelkräftig, leicht hängend ohne Milch und Colostrum.

Genitalien: Die Vulva ist geschlossen, Damm eingezogen, Vagina eng bis mittelweit, Uterus anteflektiert etwas verdickt, scheint in der Gegend der Fistel adhärent. Es macht den Eindruck, als wenn die linke Tubenecke vor allem an die Fistel heranginge. Die Gegend links neben dem Uterus ist sehr schmerzhaft. Die Adnexe scheinen dort zu fehlen. Einzelheiten an den rechten Adnexen sind nicht durchzufühlen, sie sind frei von Resistenz und Schmerzhaftigkeit. Den Knopf der in die Bauchdeckenfistel eingeführten Sonde kann man von der Vagina aus nicht fühlen, doch hat man die Empfindung, als wenn die Sonde in der linken Tubenecke des Corpus uteri verschwindet. Eine in uterum durch die Vagina eingeführte Sonde traf die in der Fistel steckende Sonde in der linken Tubenecke.

Der eitrige Ausfluß an der Fistel ergibt in Bouillon leichte Trübung, Bakterium coli und Staphylokokken.

Die in H. eingezogenen Erkundigungen über die damals stattgehabte Operation ergaben, daß damals wegen doppelseitiger Pyosalpinx die beiderseitige Salpingektomie gemacht worden war.

Am 25. XI. 12 wurde mit der Behandlung begonnen:

Mit dünner Schleifencürette wurde die Fistel ausgeschabt, wobei reichlich Granulationen zum Vorschein kommen aber keine Ligaturen. Blutungen und Schmerzen sind gering, trockener Verband bis die Blutung steht, später Behandlung mit Balsam, peruv. und Glycerin.

Von nun an wurde 4 Tage lang hintereinander die Fistel mit Perubalsam und Alkohol ausgespritzt.

Am 29. XI. 12 ist die Fistel nicht mehr so tief. Sie wird wie vorher täglich ausgespritzt; die Sonde dringt nur noch 3,5 cm tief in die Fistel ein.

Am 6. XII. 12 kommt etwas Blut aus der Fistel, jedoch steht die Blutung am nächsten Tag.

Am 7. XII. 12 hat sich die Fistel im ganzen um 3 cm verkürzt, die Granulationen werden mit Argent. nitr. geätzt, die Fistel ist trocken.

Während der Behandlung nie Fieber.

Am 7. XII. 12 wird Patientin auf ihren Wunsch entlassen, jedoch wieder bestellt.

Diesen Rat hat Patientin aber nicht befolgt.

In der Literatur fand ich 4 weitere Fälle von Uterusbauchdeckenfisteln, die sich in der Arbeit von Kolb nicht finden und die ich hier folgen lasse:

Fall II. Frau Bertha W. 23 Jahre alt 2 Partus 0 Aborte. Sie kommt am 8. III. 11 in klinische Behandlung und gibt an im Oktober 09 anderweitig operiert worden zu sein, es soll eine „Wasserblase", vermutlich also ein Kystom, per laparotomiam entfernt worden sein. Die Wunde sei offen gelassen und drainiert worden. Nach Heilung der Operationswunde habe sich eine Fistel gebildet, die regelmäßig während jeder Menstruation reines Blut absondere.

Bei der Untersuchung findet sich in der Tat am unteren Pol der in der Linea alba liegenden Narbe ein etwa 8 cm in die Tiefe führender Gang. Wir waren in der Lage, wirklich während der Periode

den Abgang von Blut aus der Fistelöffnung beobachten zu können.

Patientin wurde am 15. III. 11 in die Klinik aufgenommen, der Fistelgang wurde vorsichtig cürettiert und so die schlechten Granulationen entfernt; danach wurde der Gang mit Jodoformgaze drainiert und allmählich zum Verschluß gebracht.

Fall III: Frau Helene Schr. 27 Jahre alt, 0 Para. Nach ihrer Angabe ist sie im Juli 1910 von anderer Seite wegen linksseitiger Eileitervereiterung und Gebärmutterknickung operiert. Die Wunde verheilte glatt bis auf eine kleine Fistelöffnung, aus der sich eitrige Flüssigkeit entleerte. Am zweiten Oktober desselben Jahres wurde die Fistel discidiert und die Wundhöhle austamponiert. Die Fistel blieb weiter bestehen und ließ während der Menstruation Blut hervorquellen.

Am 24. VII. 11 kam die Patientin in klinische Behandlung. In der linken Regio hypogastrica fand sich eine etwa 10 cm lange Narbe, und in ihrer Mitte eine mit Schorf bedeckte Fistelöffnung, die etwa 6—7 cm in die Tiefe führte. Während der Periode entleeren sich größere Blutstropfen durch die Fistel, während in der Zwischenzeit die Fistel eine trübe oft eitrige Flüssigkeit secerniert. Aehnlich wie im vorhergehenden Falle wurde der Fistelgang ganz vorsichtig cürettiert und versucht, ihn durch Tamponade ganz allmählich zum Verschluß zu bringen. Leider ist die Behandlung nur von einem kurz dauernden Erfolg begleitet worden. Zwei oder drei Menses verliefen ohne Blutabgang aus der Fistel. Bald war der Status der gleiche wie vor der Operation. Am 13. IX.

12 wurde eine Ligatur aus dem Fistelkanal ausgestoßen. Ich habe auch versucht, durch Ansaugen des Sekrets mittels einer Spritze nach Bier Heilung zu erzielen, aber leider gleichfalls ohne Erfolg, so daß noch heute die Fistel regelmäßig zur Menstruationszeit Blut hervortreten läßt.

Zwei Fälle von Lewerenz, die bei Kolb nicht angegeben sind, möchte ich auch gleich hier folgen lassen. Zwar entleerte sich in diesen Fällen kein Blut bei der Menstruation durch die Fistel, die Fistel ging also nicht bis in das Uteruscavum hinein, aber immerhin bis an den Uterus heran. (Von den von Kolb angegebenen 19 Fällen menstruierten nur 3 Fisteln).

Im ersten Lewerenz'schen Falle trat die Fistel auf nach Ventrofixation, im zweiten war eine kindskopfgroße Geschwulst aus dem Leibe entfernt worden, wahrscheinlich ein Kystom.

Fall IV: Frau A. B., 60 Jahre, VI Para. Im November 1898 Kolporrhaphie und Ventrifixur. Im Anschluß an die Operation Bauchdeckeneiterung, Ausstossung einer Fadenschlinge; seit einem Jahr besteht dauernd eine Bauchfistel.

Status: zwischen Nabel und Schoßfuge eine 5 cm lange Laparotomienarbe, in deren Mitte sich eine für eine Sonde bequem durchgängige Fistel befindet, aus der sich serös eitriges Sekret entleert. Unterhalb der Narbe befindet sich eine für zwei Finger durchgängige scharfrandige Bruchpforte in der Linea alba, aus welcher sich beim Pressen Därme hervordrängen. Der Fundus des antevertierten Uterus liegt in der

Nähe der Narbe, links von der Mittellinie, an den Bauchdecken aufgehängt.

Descensus vaginalis post.

Operation 1. II. 1900. Erweiterung, Auskratzung und Desinfektion der Fistel. Spaltung der herniösen Ausstülpung der Bauchwand sowie des die Fistel umgebenden ungewöhnlich starken, schwieligen Walles. Nach Unterbindung einer breiten Netzadhäsion wird der ausgestülpte Teil der Bauchwand abgetragen, worauf es gelingt, die Fistel selbst ganz zu umschneiden, und den Uterus, an dessen linker Kante jene endet, hervorzuleiten. Ablösung der Fistel von der Uteruswand, breite Anfrischung des linken Horns. Ventrifixur. Schluß der Bauchwunde. Kolporrhaphia posterior.

Im Grunde des exstirpierten Fistelganges, entsprechend seiner Ansatzstelle an der linken Uteruskante, liegt ein von schwammigen Granulationen und wenig Sekret umgebener Seidenfaden.

27. Februar 1900 Entlassung in völlig geheiltem Zustande.

Fall V: Frau M. Sch., 49 Jahre, 1 Para. Im Oktober 1899 erste Operation auswärts ausgeführt; angeblich wurde eine kindskopfgroße Geschwulst entfernt. Anfangs Dezember brach durch die junge Bauchnarbe Eiter durch. Andauernde heftige Beschwerden bewogen die Patientin im Februar die Greifswalder Klinik aufzusuchen.

Status 11. Februar: Mitten in der von der Symphyse im Bogen bis in die linke Oberbauchgegend verlaufenden Narbe liegt unterhalb des Nabels eine

Fistel, welche dicken gelblichen Eiter absondert. Sie erstreckt sich, wie die Austastung mit der zirka 5 cm eindringenden Sonde ergibt, nach links in die Bauchdecken hinein, und verliert sich in ein starres Infiltrat. Im Sekret der Fistel finden sich reichlich Streptokoken. Durch bimanuelle Untersuchung läßt sich ein großer harter wenig verschieblicher Tumor im Unterleibe feststellen, der vom Nabel ins kleine Becken reicht und den Uterus nach rechts verdrängt hat.

Diagnose: Abscessus et Fistula abdominalis post coeliotomiam; Myomata uteri fixata in excavatione rectouterina.

Operation: 13. Februar: Die Fistel wird mit breitem Rande umschnitten und ein eliptisches Stück der Bauchwand um die alte Narbe herum ausgeschnitten. Nach Abtrennung des verwachsenen Darms und Netzes erweist sich die das Becken ausfüllende Geschwulstmasse oben von dicken Schwielen bedeckt, welche beim Versuche den Tumor auszuschälen, einreißen und flüssigen Eiter reichlich hervortreten lassen. Die freie Bauchhöhle wird durch Kompressen und Tupfer nach Möglichkeit geschützt. Beim Ablösen der mit den linksseitigen sonst anscheinend normalen Adnexen leicht verwachsenen Geschwulst von der vorderen Bauchwand entsteht links hinter den Bauchdecken im praeperitonealen Gewebe ein großer aber nicht blutender Defekt. Die Geschwulst sitzt subserös dem im übrigen normalen Uterus rechts vorn auf. Schließlich gelingt es den über faustgroßen ungestielten Knollen, der sich unter Vorbuchtung des Douglas in die Tiefe erstreckt, auszuschälen-

Uebernähung eines Risses im rechten breiten Mutterbande mit Bauchfell. Die Adnexe und Ligamenta sind rot und beiderseits normal. Nachdem der Uterus durch zwei Seidennähte in den unteren Wundwinkel gehoben und durch diese Ventrifixur eine sichere Bahn bis in die Tiefe des Douglas geschaffen ist, wird ein Streifen von Amyloformgaze eingeschoben, der übrige Teil der Bauchwunde wird mittels Etagennähte geschlossen.

Der entfernte Tumor erweist sich als vielknolliges Myom; auf dessen Oberfläche finden sich Eiteransammlungen zweifelhafter Herkunft, in denen mikroskopisch Streptokokken ebenfalls gefunden werden.

Am 15. Februar Exitus letalis unter den Erscheinungen septischer Peritonitis. Die Obduktion ergab nur geringfügige entzündliche Veränderungen am Bauchfell, doch konnten bakteriologisch Streptokokken nachgewiesen werden.

Die Ursache solcher Fisteln war fast immer in der Tiefe der Wunde zum Zwecke der Naht, der Unterbindung oder Umstechung verwendetes nicht resorbierbares Material. Der Organismus sucht sich der Fäden, die nicht reaktionslos einheilen zu entledigen durch Eiterung, die dann solange dauert, bis sämtliche diese Fäden ausgestoßen sind.

In Fall I wurden bei der Cürettage der Fistel derartige Fäden nicht gefunden.

Es sind in der Literatur die Fälle auch garnicht so selten, daß bei der Operation Fremdkörper in der Bauchhöhle zurückgelassen wurden: Tupfer,

Schwämme, Pinzetten etc. Neugebauer beschreibt 108 derartige Fälle.

Meist entsteht durch diese aseptischen Fremdkörper nur eine unschuldige Peritonitis adhäsiva, durch die der Gegenstand bald abgekapselt wird. Es kann aber auch zur Bildung von Abcessen kommen, die nachher nach den Bauchdecken oder nach den inneren Organen des kleinen Beckens zu — oder beides — spontan durchbrechen oder chirurgisch eröffnet werden. Der Abceß entleert sich aber der Fremdkörper bleibt zurück und mit ihm die Fistel. Jahrelang bestanden schon solche Fisteln, die nicht die geringste Heilungstendenz zeigten, bis dann schließlich eine genaue Sondierung oder die Operation Aufschluß über die Aetiologie des Leidens gab.

Tuberkulöse Disposition beeinträchtigt natürlich den Heilungsvorgang auch wesentlich.

Die Operation, die den meisten dieser Fistelbildungen voranging, ist die Sectio caesarea. Es findet häufig eine manchmal weitgehende Verklebung der Narben des Uterus und der Bauchdecken statt und eine hier statthabende nach dem Uteruscavum und den Bauchdecken zu durchbrechende Eiterung stellt die Kommunikation zwischen Uterus und Bauchdecken her.

Schwieriger zu erklären ist die Tatsache der Entstehung von Uterusbauchdeckenfisteln nach Ventrofixation. Es müssen da bis in das Uteruscavum hineingreifende Nähte gelegt worden sein oder, wenn die Muskulatur nur gefaßt war, müssen die Fäden durch — vielleicht aseptische — Eiterungen in das

Cavum durchgebrochen sein. Hierzu kommt gleichzeitig noch die von derselben oder annähernd derselben Stelle ausgehende Fadeneiterung bezw. Abscefsbildung nach den Bauchdecken zu. In weitaus den meisten Fällen von Fistelbildung nach Ventrofixation ist jedoch in der Muskulatur und Schleimhaut des Uterus kein Defekt gesetzt worden durch Nähte oder dergl., sondern der Fistelgang mündet einfach durch das Ostium uterinum tubae in das Uteruscavum.

Interessant ist die Tatsache, daß trotz Bestehen der Uterusbauchdeckenfistel und Eiterentleerung nach außen durch die Fistel und durch den Uterus in 3 Fällen Gravidität eintrat. So beschreibt Noble einen Fall, wo nach Sectio caesarea eine Uterusbauchdeckenfistel zurückgeblieben war. Trotz dieser Fistel war Conception eingetreten und eine Zeit lang erschienen in der Fistel die Eihäute, sodaß zwischen Foetus und Außenwelt nur eine dünne Scheidewand bestand. Die Eihäute platzten in der 33. Woche. Außer einem allgemein verengten Becken hatte die Frau noch eine fibromartige Geschwulst der Cervix. Die Geburt durch die Naturkraft war unmöglich. Bei Ausführung der diesmaligen Operation wurde die Fistel von unten nach oben erweitert, aber des Raumes halber wurde die Bauchhöhle noch eröffnet, es scheint also die alte Gebärmutternarbe ganz mit der Bauchwand verwachsen gewesen zu sein. Mutter und Kind blieben am Leben, diesmal schloß sich die Wunde gänzlich.

Auch Schmidt beschreibt einen Fall von Fistel nach abdominaler Myomektomie, die 1884 vorgenommen worden war. 1896 trotz Fistel Conception,

Abort im 2. Monat. Noch im selben Jahre nochmalige Gravidität. Die Schwangerschaft verlief bis auf einige Blutungen aus der Fistel, die auf Bettruhe standen, normal. Bei der Geburt wölbten sich die Eihäute aus dem Fistelkanal vor. Die Geburt erfolgte spontan, Wochenbett normal, die Lochien entleerten sich per vaginam und per fistulam. 1898 wurde die Frau neuerlich gravide trotz weiter bestehender Uterusbauchdeckenfistel. Aus der Fistel wölbten sich die Eihäute in Form einer Blase vor. Abort im 5. Monat. Wochenbett normal.

Aehnlich verlief ein Fall von v. Erlach. Auch hier verlief Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett normal.

Man sollte denken, daß die Eiterentleerung durch den Uterus die Implantation des Eies verhütet hätte. Und trotz des Narbenzuges der Fistel wurden jedesmal Kinder ausgetragen, einmal wurde wegen Gefahr der Uterusruptur bei ausgetragenem Kind der Forceps gemacht. Die Lochien entleerten sich auch teilweise per fistulam.

Noch wenige Worte über die eigentümliche Erscheinung des Blutaustrittes aus der Fistelöffnung während der Menstruation bei Uterusbauchdeckenfistel nach Ventrofixation.

Es ist wahrscheinlich, daß ein neugebildeter Defekt nicht in der Schleimhaut des Uterus und seiner Muskulatur entstanden ist. Dem widerspricht auch der Umstand, daß der Knopf der durch die Fistel eingeführten Sonde jedesmal in einer Tubenecke verschwand. Das Menstruationsblut verließ also den

Uterus außer durch die Vagina auch durch das eine Tubenostium, das durch die Fistel mit der äußeren Bauchhaut kommunizierte. Es fragt sich, woher in diesem Falle das durch die Bauchdecken zu Tage tretende Menstruationsblut wirklich stammt: aus dem Tubenstumpf primär oder rückläufig aus dem Uterus durch das uterine Tubenostium. Hirschberg kommt auf Grund der oben wiedergegebenen Fälle II und III zu der Ansicht, das Blut könne nur aus der wie die Uterusschleimhaut menstruierenden Tube stammen. Er führt für seine Ansicht Chapin-Minard, Landau, Rheinstein, Courrant, Landsberg und andere Autoren an. Czyzewicz dagegen kommt nach längeren eingehenden Untersuchungen zu folgenden Schlüssen:

1. von einer Tubenmenstruation in dem Sinne, wie sich der Prozeß an der Uterusschleimhaut abspielt, kann keine Rede sein.

2. Während der Periode kommt es zu Erweiterungen von Blutgefäßen des Eileiters, ähnlich wie im ganzen Geschlechtsapparate, das Blut verläßt aber die Gefäße nicht.

3. Die Eileiterschleimhaut sondert während der Menstruation weder Blut noch sonst etwas ab.

4. Von Zeit zu Zeit kommt es höchstwahrscheinlich zu Uteruskontraktionen, welche Blut von der Höhle der Gebärmutter in die Eileiter hineinpressen und zwar bis zum Ostium abdominale, aber nicht über dasselbe hinweg. Diese Blutelemente werden gleich durch den Strom der Epithelcilien zurück in

die Uterushöhle befördert, zuerst vom Isthmus, nachher mit der Zeit auch von der Ampulla tubae.

Dieser Ansicht möchte ich mich anschließen, ganz abgesehen davon, daß von einem kleinen Tubenstumpf solche Mengen Menstruationsblut sicher nicht produziert werden können, wie sie in den vorstehenden Fällen beobachtet worden sind.

Ueber die Therapie solcher Uterusbauchdeckenfisteln ist noch kurz zu erwähnen, daß man anfangs mit konservativen Maßnahmen versuchen soll, die Fistel zum Verschluß zu bringen (Aetzungen und dergl.). Sieht man keinen Erfolg, so ist der Schluß berechtigt, daß ein zurückgebliebener Seidenfaden oder ähnliches den Grund zur Fistelbildung abgibt. Eine Cürettage des Fistelganges fördert häufig ein solches Corpus delicti zu Tage. Kommt man auch mit der Cürettage nicht zum Ziele, so ist eine Relaparotomie und Excision der Fistel indiciert.

Abel berichtet von 9 Fällen von Sectio caesarea, von denen 5 nicht per primam geheilt sind, hierunter 3 Fälle wiederholten Kaiserschnitts. „Im ersten dieser Fälle hatte sich die eiternde Wunde am 34. Tage geschlossen, ein Jahr post operationem bildet sich in der Narbe ein Abceß, der nach Ausstoßung nur eines Fadens rasch ausheilte. In den übrigen 4 Fällen jedoch blieben Fisteln in der Wunde zurück.

Die Fisteln schlossen sich:		Es wurden ausgestoßen:
Bei No. 58	6 Monate p. op.	Viele kleine Fadenstücke
„ „ 49	Im 2. Jahr p. op.	7 Fäden
„ „ 42	In d. 62. Woche p. op.	10 „
„ „ 21	5 Monate p. op.	32 „ bezw. Fadenstücke

Es war dies für alle Frauen eine sehr lästige Störung; sie lebten in einer ständigen Unruhe und Angst, „der Leib möchte wieder aufgehen“. Das Vertrauen in ihre Gesundheit und damit die volle Arbeitsfähigkeit erlangten sie erst wieder, nachdem alle Fisteln sich geschlossen hatten.

Literatur.

Kolb, Die Uterusbauchdeckenfisteln. Gyn. Rundschau 1912. p. 816, 860.

Lewerenz, Ueber die mit den Beckenorganen in Zusammenhang stehenden Bauchdeckenfisteln. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. XIII p. 310.

Neugebauer, Zufällige Zurücklassung eines sub operatione benutzten Fremdkörpers (Arterienklemme, Schwamm, Tupfer etc.) in der Bauchhöhle. Monatsschr. f. Geb. und Gyn. XI. p. 82.

Abel, Vergleich der Dauererfolge nach Symphysiotomie und Sectio caesarea. Archiv f. Gynaek. Bd. 58.

Hirschberg, Ueber menstruierende Fisteln. Berliner klin. Wochenschr. 1912. p. 1748.

Gzyzewicz, Zur Tubenmenstruation. Archiv f. Gynaek. Bd. 85.

Schmit, Ein Fall von Schwangerschaft und Geburt nach abdomineller Myomektomie Zentr. f. Gyn. 1899 p. 176.

v. Erlach, Zentr. f. Gyn. 1899 p. 178.

Lebenslauf.

Geboren am 4. November 1886 zu Frankfurt a. M., besuchte ich *Adolf, Wilhelm, Otto Dörr,* evangelischer Konfession die Schule zu Frankfurt, Marburg und Weilburg a. L., wo ich 1907 die Reifeprüfung bestand. Ich widmete mich zu Marburg dem Studium der Medizin und bestand dort 1909 das Physikum. 2 Semester studierte ich in München, um dann wieder nach Marburg zurückzukehren, wo ich am 5. Dezember 1912 die ärztliche Staatsprüfung beendete. Als Medizinalpraktikant war ich in der medizinischen Univ.-Poliklinik und in der Univ.-Frauenklinik zu Marburg tätig.

Meine Lehrer waren folgende Herren:

In Marburg:

Bach †, *Beneke, Bonhoff, Bruns, Disse* †, *Friedrich, Fries, Gasser, Gürber, Haecker, Hildebrand, Hohmeier, Hübner, König, Korschelt, Krauß, Kutscher, Matthes, Meyer, Müller, Ostmann, Richarz Schenk, Schmidt, Tuczek, Zangemeister, Zincke, Zumstein* †

In München:

v. Angerer, v. Bauer, Döderlein, Gebele, Grashey, Klein, v. Müller, Neubauer, Posselt.